# 循環型浴槽等及び循環給湯シャワーの自主管理点検票（令和　　年）

施設名：＿＿＿＿＿＿＿＿　所在地：＿＿＿＿＿＿＿＿　電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿　担当者名：＿＿＿＿

○：適
×：不適

| 設備名 | 点検項目 | | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 循環型浴槽（有・無） | 換水 | 浴槽水は毎日完全に換水しているか。 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 毎日換水できない場合でも、週1回以上は完全に換水しているか。 | | | | | | | | | | | | | |
| | エアロゾル発生装置 | 気泡発生装置やジェット噴射装置等に、毎日換水していない浴槽水を使用していないか。 | | | | | | | | | | | | | |
| | レジオネラ属菌 | 浴槽水のレジオネラ属菌検査を年1回以上行っているか。（実施予定月：　　月） | | | | | | | | | | | | | |
| | | 毎日換水していない場合は、レジオネラ属菌検査を年2回以上行っているか。（実施予定月：　　月、　　月） | | | | | | | | | | | | | |
| | ろ過器等 | ろ過器の逆洗浄を週1回以上行っているか。 | | | | | | | | | | | | | |
| | | ろ過器や配管内の消毒を週1回以上行っているか。 | | | | | | | | | | | | | |
| | 集毛器 | 集毛器は毎日清掃しているか。 | | | | | | | | | | | | | |
| | 遊離残留塩素 | 浴槽水の遊離残留塩素濃度を測定して記録しているか。 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 遊離残留塩素濃度は、0.4 mg/ℓ以上に保たれているか。 | | | | | | | | | | | | | |
| 循環型機械浴槽（有・無） | 換水 | 浴槽水は毎日完全に換水しているか。 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 毎日換水できない場合でも、週1回以上は完全に換水しているか。 | | | | | | | | | | | | | |
| | エアロゾル発生装置 | 気泡発生装置やジェット噴射装置等に、毎日換水していない浴槽水を使用していないか。 | | | | | | | | | | | | | |
| | レジオネラ属菌 | 浴槽水のレジオネラ属菌検査を年1回以上行っているか。（実施予定月：　　月） | | | | | | | | | | | | | |
| | | 毎日換水していない場合は、レジオネラ属菌検査を年2回以上行っているか。（実施予定月：　　月、　　月） | | | | | | | | | | | | | |
| | ろ過器等 | ろ過器や配管内の消毒を週1回以上行っているか。 | | | | | | | | | | | | | |
| | 集毛器 | 集毛器は毎日清掃しているか。 | | | | | | | | | | | | | |
| | 遊離残留塩素 | 浴槽水の遊離残留塩素濃度を測定して記録しているか。 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 遊離残留塩素濃度は、0.4 mg/ℓ以上に保たれているか。 | | | | | | | | | | | | | |
| 循環給湯シャワー（有・無） | 貯湯槽 | 貯湯槽内の湯温は、60度以上に保たれているか。（設定温度：　　度） | | | | | | | | | | | | | |
| | 給湯栓 | 末端の給湯栓の温度は、55度以上に保たれているか。 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 給湯栓の温度を55度以上に保てない場合は、遊離残留塩素濃度が0.1 mg/ℓ以上に保たれているか。 | | | | | | | | | | | | | |